

ANNÉE 1941

N°
251

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Jules-Amand CONGY

né à Beaurieux (Aisne) le 8 août 1910

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Un cas d'hyperthyroïdie
traitée
par le salicylate de soude
intraveineux

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Jules-Amand CONGY

né à Beaurieux (Aisne) le 8 août 1910

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Un cas d'hyperthyroïdie
traitée
par le salicylate de soude
intraveineux

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BUKMP.T.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLEY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER ..	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ..	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
N... ..	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.

MM.

GIRQUOD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOU..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale. Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-ROYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.

MM.

	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
MONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.	} Clinique obstétricale.	
	ME TZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE ET DE MON PERE

LE DOCTEUR ED. CONGY

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL HARVIER

*Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Cochin*

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre respectueuse ad-
miration et de notre profonde gratitude
pour son enseignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL JACQUET

Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré

*Qui a inspiré ce travail et nous a assisté
affectueusement de ses conseils.*

*En témoignage de respectueuse reconnais-
sance pour l'amitié constante et l'aide qu'il
nous a apportée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

Avec un très vif sentiment de reconnaissance pour son enseignement et la toute particulière sympathie qu'il nous a témoignée en toutes circonstances.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BASSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. CHEVALLIER

MONSIEUR LE DOCTEUR L. CAPETTE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. GUEULLETTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. FEVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. KUDELSKI

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEJARD

En amical et respectueux souvenir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ LEGENDRE

*Directeur au Laboratoire de Zoologie
et de Physiologie Maritimes
du Collège de France, à Concarneau
Directeur du Laboratoire de Physiologie Comparée
au Collège de France*

*En reconnaissant souvenir de sa bien-
veillante sollicitude.*

A MONSIEUR HENRI BOUXIN

Agrégé des Sciences Naturelles

En très amical et fidèle souvenir.

INTRODUCTION

Nous avons traité dans le service de notre Maître, le docteur Paul JACQUET, par des injections intraveineuses de salicylate de soude, une malade atteinte d'une poussée aiguë de basedowisme. Intercalé entre d'autres thérapeutiques le traitement salicylé par voie intraveineuse fut employé seul à deux reprises différentes comme unique traitement au moment où il était pratiqué. L'amélioration obtenue a été étudiée au triple point de vue de l'état général et fonctionnel, de la reprise du poids et de l'action sur le métabolisme basal.

Cette observation fait le sujet de notre thèse.

HISTORIQUE

L'emploi du salicylate de soude comme agent de traitement de la maladie de Basedow est d'ancienne date. Au début de ce siècle, BABINSKI, GILBRIN, de Clermont-Ferrand en avaient généralisé l'emploi. Utilisé par voie buccale avant l'emploi de la solution de Lugol et à une époque où l'on n'était que faiblement armé contre le goitre exophtalmique, ce médicament était d'usage courant.

Les injections intraveineuses de salicylate de soude furent employées pour la première fois par notre Maître le docteur Paul JACQUET dans le traitement des basedowiens, il y a quelques années. Ayant dans son service un cas de goitre exophtalmique à forme commune mais présentant deux symptômes irréductibles par les traitements usuels : une insomnie tenace et une irritabilité coléreuse, excessive qui entraînait plusieurs fois par jour et sans motif aucun de violents accès de colère, on pratiqua six jours durant une injection intraveineuse de un gramme de salicylate de soude et, en ce bref délai, l'insomnie disparut ainsi que l'irritabilité coléreuse.

Très frappé des résultats obtenus, notre Maître a employé par la suite, à différentes reprises, les injections salicylées par voie endo-veineuse pour réduire l'insomnie pénible et si fréquente chez les basedowiens. D'une façon générale cette thérapeutique s'est montrée efficace.

Par la suite les injections salicylées sont apparues comme un moyen commode de dépannage des maladies de Basedow résistant au début au traitement iodique et il est remarquable que d'une façon générale, dans des cas semblables après la cure salicylée, qui agit par elle-même et donne un coup de démarrage, les traitements usuels jusque-là peu efficaces reprennent leur efficacité habituelle.

OBSERVATION

M^{me} Ly... Olga, âgée de 39 ans, réfugiée du Nord, est hospitalisée dans notre service à l'Hôpital Ambroise-Paré le 22 janvier 1941. Elle nous est adressée par son médecin comme une cardiaque.

Elle présente en effet de nombreuses extra-systoles et intermittences avec une tachycardie instable à 130 s'élevant à certains moments jusqu'à 150. Il n'y a pas de souffle orificiel à l'auscultation du cœur cependant, ni de bruit de galop. Le ventricule gauche est un peu gros à l'examen radioscopique. La tension artérielle est à $5 \times 14 \frac{1}{2}$ au Vaquez-Laubry. On note de plus un œdème pré-tibial modéré. Il n'y a ni dyspnée ni aucun signe d'hypostase. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes, mais n'est pas douloureux. Il n'existe pas de reflux hépato-jugulaire. Les urines sont de quantité normale, sans sucre ni albumine. La malade a dans son passé trois crises de rhumatisme articulaire aigu, la dernière il y a une dizaine d'années ayant nécessité un séjour de trois mois dans le service du professeur agrégé Lian, à l'Hôpital

Tenon où elle a été soignée par le salicylate de soude *per os* et la digitaline.

Nous sommes frappé cependant, chez cette malade de diagnostic douteux, et dès l'abord, par l'éclat du regard. Le regard est brillant, étincelant, égaré. Il exprime à la fois la colère et la crainte, comme celui d'une bête traquée et illustre de façon saisissante l'expression classique de « colère figée ». Il a de plus une exophtalmie modérée, mais nette, dont témoigne la comparaison avec la photographie de la carte d'identité de la malade, qui date de quelques mois.

Il n'y a *pas de goitre*, mais un tremblement important et caractéristique. Le psychisme lui-même est caractéristique, fait d'une émotivité excessive, avec de perpétuels tressaillements et d'une fatigabilité extrême de l'attention et de l'effort. La malade était devenue incapable d'écrire une lettre, ne lisait plus, tout acte à exécuter demandant tant soit peu d'initiative entraînait de sa part **une grande agitation**.

Trois faits frappèrent en outre à l'examen de cette malade. L'état actuel s'est installé au début de décembre, après une période pyrétique — dite grippe — au cours de laquelle est apparu un *très for. amaigrissement*. A la vérité celui-ci avait commencé insensiblement dès le mois de juin, date à laquelle la malade est partie sur les routes. Mais dès cet épisode fébrile, l'amaigrissement s'est accentué et elle aurait perdu, d'après ses dires, quoique n'étant pas privée au point de vue alimentaire, le chiffre considérable de dix kilogrammes au cours du mois de décembre.

Depuis cet épisode fébrile, d'autre part, la malade est devenue grabataire, passant la plupart de son temps au lit par suite d'une difficulté trop grande à se tenir debout. Elle présente d'une façon très prononcée le *dérobement des jambes* caractéristique des intoxications thyroïdiennes graves, sans signe neurologique aucun d'une paraplégie véritable. Enfin nous sommes frappé de la *sécheresse de la peau* de cette malade contrastant avec la moiteur et la sudation habituelles chez les hyperthyroïdiens, s'accompagnant souvent de thermophobie. Rapprochant ces trois signes du caractère fruste en quelque sorte, *mono symptomatique* en tous cas du syndrome basedowien présenté par la malade nous portons chez elle le diagnostic non pas d'un simple goitre exophtalmique mais celui de maladie de Basedow aiguë, de crise aiguë de basedowisme. Les méthodes biologiques vont confirmer sans tarder le bien-fondé du diagnostic. En effet, la mesure du métabolisme basal, effectuée dès le lendemain de son entrée par le docteur Gilles Legrand dans le laboratoire du service, donne le chiffre d'augmentation considérable de 70 %. D'autre part, un traitement digitalique institué immédiatement demeure inefficace.

Ce ne sont pas les chocs émotionnels provocateurs d'hyperthyroïdisme qui ont manqué à cette pauvre femme. Réfugiée du Nord où sa maison a été détruite, elle est venue habiter Suresnes où pour la seconde fois sa maison a été atteinte par les premiers bombardements de la région parisienne. Elle a fait la

retraite en juin avec ses péripéties et c'est de ce moment que datent son actuelle nervosité, une recrudescence de palpitations (qu'elle avait depuis longtemps d'ailleurs) avec de l'asthénie et un amaigrissement progressif.

ACTIONS THÉRAPEUTIQUES

Dans un *premier temps*, du 25 janvier au 2 février, la malade est mise à la digitaline à raison de cinq gouttes par jour. On lui fait prendre de la solution de Lugol fort à 10 %, mais à une dose faible et intentionnellement insuffisante pour agir nettement sur l'hyperthyroïdisme, de façon à permettre à l'action de la digitale, si elle doit être efficace, de se manifester nettement. La malade prend ainsi 10 gouttes de Lugol par jour, du 25 au 28 janvier. On augmente ensuite progressivement la dose d'iode de 1 goutte par jour de façon à atteindre 20 gouttes le 3 février.

On ne note pendant ce laps de temps aucune modification. La malade n'accuse spontanément aucune amélioration, son habitus ne change pas. Le poids de la malade, à 60 kg. 200 le 25 janvier, est à 60 kilos le 30, mais s'infléchit légèrement à 59 kg. 400 le 3 février. Quant à la digitale, son action est nulle. Le rythme cardiaque demeure inchangé, l'œdème léger pré-tibial persiste. Seul le volume du foie a diminué de un centimètre.

Dans un *second temps*, du 3 au 10 février, on supprime complètement l'iode et la digitale, et on institue pendant ces sept jours un traitement uniquement salicylé. Chaque jour la malade reçoit dans la veine

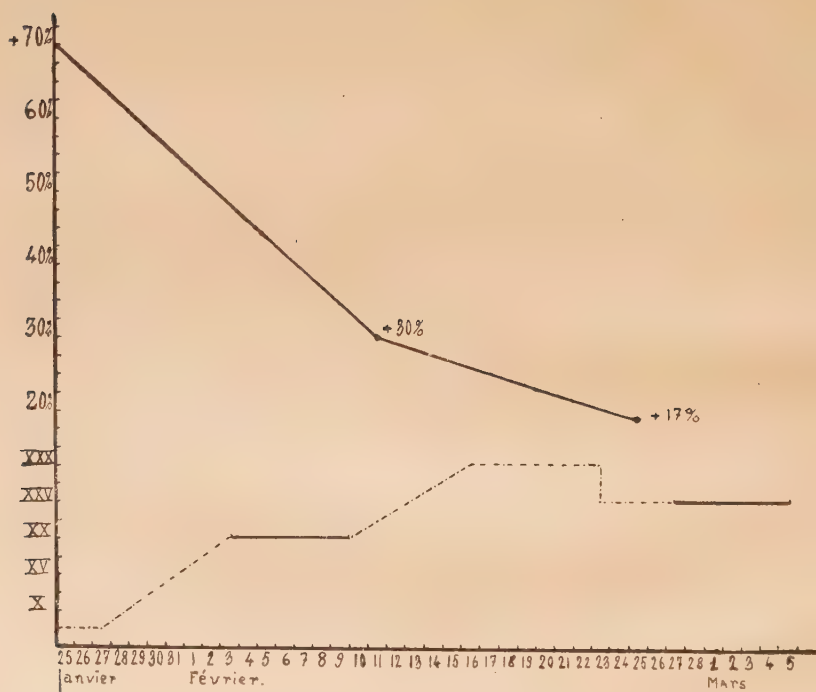


FIG. 1. — Courbe des mesures du métabolisme de base au cours du traitement par les injections intra-veineuses de salicylate de soude et l'iode :

- : Injections endo-veineuses de salicylate de soude.
- . — . — : Traitement par la solution de Lugol à 10 %.

la dose unique de un gramme de salicylate de soude en solution glucosée, ceci sans adjonction d'une prise buccale et supplémentaire de salicylate de soude.

Sous la seule action de ces six grammes de salicylate de soude injectés en six jours, l'état de la malade dans ce court laps de temps se modifie à vue d'œil. Elle accuse un bien-être immédiat et l'amélioration de tous les signes fonctionnels. Le dérobement

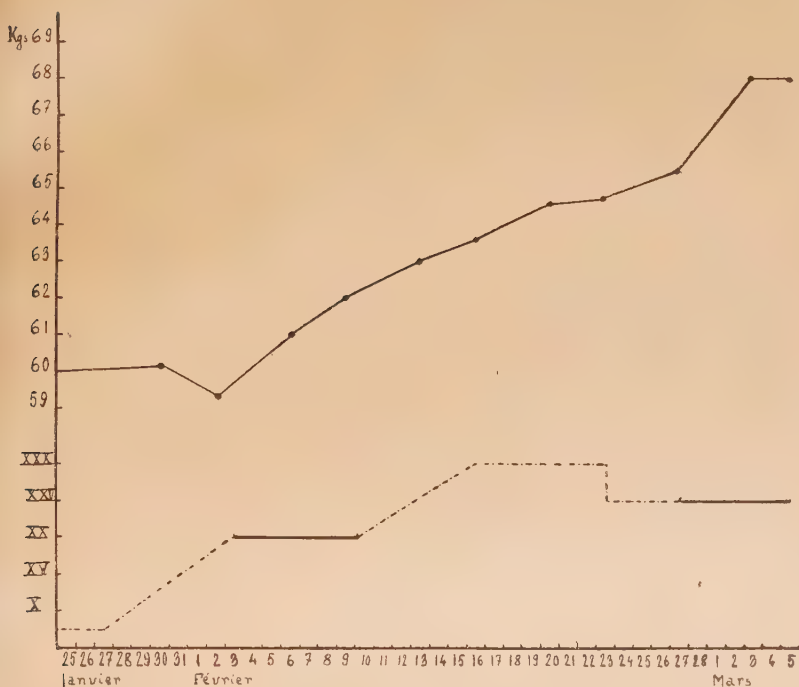


FIG. 2. — Courbe du poids au cours du traitement par les injections intra-veineuses de salicylate de soude et l'iode.

— : Injections endo-veineuses de salicylate de soude.

--- : Traitement par la solution de Lugol à 10 %.

des jambes cesse. L'exophtalmie légère semble s'atténuer. L'expression égarée du regard ne se modifie pas cependant, non plus que le rythme cardiaque qui

persiste, inchangé. Le léger œdème pré-tibial disparaît. En même temps la malade commence à grossir. De 59 kg. 400 le 2 février avant le traitement salicylé le poids atteint 61 kgs le 6 en cours de traitement et 62 kgs le 9 après la dernière injection, pour atteindre 63 kgs le 13 après la fin du traitement. Stationnaire jusqu'à ce moment le poids a donc bondi de 3 kg. 600 en 11 jours et sans que l'alimentation de la malade, mise au régime normal de l'hôpital, ait été aucunement modifiée.

Parallèlement à l'augmentation de poids, l'amélioration du métabolisme de base se fait sentir en même temps et nous avons la surprise de le trouver avec une simple augmentation de 30 % le 11 février après la dernière injection salicylée, venant de 70 % d'augmentation à la date du 25 janvier, cette chute du métabolisme répondant aux injections salicylées auxquelles vient s'ajouter, il est vrai, le traitement iodique mais à doses faibles, comme nous l'avons exposé du 27 janvier au 3 février.

Nous revenons par la suite au traitement iodique, l'iode étant donné seul. A partir du 11 février la malade reçoit 20 gouttes par jour de la solution de Lugol, progressivement augmentée à 30 à partir du 16 et maintenue à ce taux jusqu'au 24 février. Une nouvelle mesure du métabolisme basal le 26 février le montre avec une simple augmentation de 17 %, c'est-à-dire pratiquement normal. L'amélioration s'est continuée entre temps de façon régulière et

satisfaisante et la courbe du poids n'a cessé d'être ascendante mais avec une rapidité cependant moindre qu'au cours du traitement salicylé. Le poids passe en effet de 63 kilos le 13 février à 63 kg. 600 le 16, 64 kg. 600 le 20, 64 kg. 700 le 23 et 65 kg. 500 le 27, soit une augmentation de 2 kg. 500 en 14 jours de traitement iodique seul.

La malade étant stabilisée ainsi en ce qui concerne son métabolisme basal, nous essayons, avant son départ de l'hôpital, une nouvelle cure salicylée et interrompons pendant ce temps tout autre traitement. Nous ne relevons pas de ce nouvel essai des indications appréciables. Seul le poids effectue un nouveau bond, passant de 65 kg. 500 à 68 kilos entre le 26 février et le 5 mars au cours simplement des quatre premières injections salicylées. Il se maintient stationnaire ensuite à 68 kilos pendant la fin du traitement, la malade ayant reçu en injections intraveineuses cette fois 2 grammes de salicylate de soude par jour, du 27 mars au 4 avril.

INTERPRÉTATION

L'interprétation qui se présente à l'esprit est celle d'une *thyroïdite rhumatismale* méconnue et évoluant à bas bruit. Cette hypothèse est d'autant plus séduisante que la malade était une ancienne rhumatisante, ayant eu dans son passé trois crises caractérisées, dont la dernière, il y a une dizaine d'années, avait nécessité une hospitalisation prolongée. Son cœur, d'autre part, très arythmique au début avec une hypertrophie ventriculaire gauche constatée radioscopiquement, quoique sans lésion valvulaire reconnaissable, présentait une séméiologie allant au delà de la simple maladie de Basedow et pouvait être considéré comme anciennement touché par le rhumatisme. Aucune manifestation rhumatismale n'était décelable à ce moment il est vrai, mais nous connaissons les manifestations abarticulaires et subaiguës d'emblée du rhumatisme atteignant les organes. La fébricule initiale s'est abaissée sous l'influence du traitement; il en est de même de l'hyperthermie habituelle des hyperthyroïdiens qui cède au traitement iodique. De telle sorte que, en l'absence d'une

réaction biologique précise permettant d'identifier le rhumatisme, la possibilité d'une thyroïdite rhumatismale sur laquelle aurait agi le traitement salicylé d'abord, le traitement iodique ensuite (comme il agit également d'ailleurs sur les **rhumatismes cardiaques évolutifs**) demeure hypothétique.

La thyroïdite rhumatismale cependant existe. Autrefois, à la grande époque du rhumatisme, il n'était pas exceptionnel de voir une maladie de Basedow apparaître au déclin d'une poussée rhumatismale. Pareillement et à juste titre c'est au rhumatisme que l'on attribuait les cardiopathies valvulaires qui à cette époque s'associaient plus souvent qu'aujourd'hui au goitre exophtalmique. Dans les traités de médecine contemporains de 1900 nous trouvons cette notion, communément admise à l'époque, du rhumatisme articulaire aigu existant comme antécédent dans un tiers des cas de goitre exophtalmique. **Mais** tout ceci n'apporte que des éléments de présomption.

Si, abordant cette question par une autre voie, on cherche à caractériser, comme l'a fait notre maître le docteur Paul JACQUET en partant de l'action du traitement salicylé, les formes d'hyperthyroïdie qui précisément réagissent au traitement, on constate le fait suivant : le traitement salicylé par voie endoveineuse n'est pas un traitement qui s'applique à tous les cas de goitre exophtalmique. Il n'agit, et fort bien, que chez *certaines malades* seulement et qui avaient le *caractère précisément de résister au traitement iodique*. *Le traitement salicylé chez ces*

malades joue un rôle de démarrage. Agissant par lui-même, il permet ensuite au traitement iodé, tout d'abord peu actif, de prendre son efficacité, comme si, en plus de son action propre il mordançait l'action de l'iode employée ultérieurement. Tout ceci présentant, il est vrai, de troublantes analogies qu'il importe de souligner avec les données thérapeutiques en usage dans le traitement du rhumatisme résiduel et évolutif.

Ainsi se trouve posé le problème de la thyroïdite au cours du rhumatisme fruste, larvé, non évident, comme il se rencontre maintenant de plus en plus souvent.

Ajoutons cependant qu'indépendamment du rhumatisme dont l'existence chez notre malade au moment où nous l'observions n'a pu être établie, on ne doit pas perdre de vue les actions thérapeutiques complexes auxquelles se prête ce médicament, dans des circonstances très diverses. Outre son action anti-rhumatismale, le salicylate de soude a une action désensibilisante dans la prévention des accidents sériques (H. VINCENT). C'est un agent actif par voie intraveineuse dans les séquelles parkinsoniennes de l'encéphalite. Il est actif également dans les infections hépatobiliaires et les cholécystites. Aussi n'est-il pas impossible qu'il puisse posséder chez certains malades une action propre vis-à-vis de la thyroïde en état d'hyperfonctionnement et indépendamment d'un rhumatisme associé.

CONCLUSIONS

1° Chez notre malade atteinte d'une crise aiguë de basedowisme, le salicylate de soude par voie endoveineuse, employé seul, a eu une action complète, agissant sur les troubles fonctionnels, provoquant la reprise du poids et la chute du métabolisme basal.

2° Chez un certain nombre de malades atteints de goitre exophtalmique caractérisé ou chez de grands hyperthyroïdiens, le salicylate de soude intraveineux a une action de démarrage : agissant activement par lui-même, il permet ensuite à l'iode jusque-là peu actif de prendre sa pleine action.

3° Indépendamment de l'insomnie fréquente chez les basedowiens et sur laquelle elles semblent agir électivement, les injections intraveineuses de salicylate de soude sont à essayer chez les grands hyperthyroïdiens qui résistent au traitement iodique.

4° La thyroïdite rhumatismale est à suspecter chez ces malades. Néanmoins, en l'absence d'une réaction

biologique permettant d'identifier le rhumatisme dans ses formes abarticulaires, viscérales et ambulatories parfois si fréquentes de nos jours et qui sont peut-être à la base de certains goitres exophtalmiques, on ne peut écarter la possibilité d'action du salicylate de soude directement sur la glande thyroïde en hyperfonctionnement.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

P. HARVIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions*

de Recteur de l'Académie de Paris,

MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD (Léon). — *In* Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.
- BESANÇON (F.). — L'orientation de la question actuelle du R.A.A. (*Acta Rheumatologica*, 1-15 décembre 1932.)
- BOUCHUT. — Rôle du Rhumatisme Articulaire Aigu dans l'étiologie de la Maladie de Basedow et dans sa terminaison par l'asystolie. (*Thèse de Lyon*, 1907-1908.)
- DAUTREBANDE (L.). — Physiopathologie de la Thyroïde.
- GARNIER et HUGUENIN. — Article Glande thyroïde *in* Traité de physiologie normale et pathologique de Roger et Binet. Vol. IV, p. 159-281.
- GLANZMAN (E.) (Berne). — L'infection rhumatismale dans l'enfance.
- GRENET (H.). — Maladies rhumatismales et maladies infectieuses. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 21 oct. 1932.)
- Formes extra-articulaires du R.A.A. (*Journal Médical Français*, n° 8, août 1933.)
- GRENET (H.) et PÉLISSIER. — Conception générale de la maladie rhumatismale. (*Revue du rhumatisme*, p. 121, n° 2, février 1937.)
- HUTINEL. — Cité *in* M. Labbé. L'hérédité de la Maladie de Basedow. (*Monde Médical*, 1^{er} juillet 1933.)
- JEANNENEY (M.). — Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. (*La Clinique*, juin 1934.)

- LABBÉ (M.). — *Presse Médicale*, 27 fév. 1932.
- LANGERON. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 déc. 1932.
- MAYO. — The Thyroid and its diseases. (*Surg. Gyn. Obst.*, mars 1921, vol. 32, pp. 209-213.)
- MULLER. — Sur les causes du rhumatisme articulaire aigu. *Munch. Mediz. Woch.*, 6 et 13 janv. 1933, n^{os} 1 et 2.)
- PORAK (R.). — Les syndromes endocriniens. Les syndromes thyroïdiens autres que le myxœdème.
- *Pratique Médico-Chirurgicale*. Article: Goitre exophtalmique de P. Oury et J.-A. Lièvre.
- ROUSSY (G.), LEROUX (R.) et OBERLING (Ch.). — Précis d'anatomie pathologique. Tome II, p. 927-943.
- SAINTON (P.). — *Vie Médicale*, 25 mars 1933.
- SCHULMANN. — Cité in M. Labbé. L'hérédité de la maladie de Basedow. (*Monde Médical*, 1^{er} juillet 1933.)
- SOUQUES. — Nature de la Maladie de Basedow. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 nov. 1913, p. 473.)
- TROUSSEAU. — Goitre exophtalmique. (Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1877.)
- Du Goitre exophtalmique. (Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898.)
- ZUNZ (E.). — Recherches sur la composition chimique du corps thyroïde. (*Archives Internationales de Physiologie*, 1921, t. 16, 288-306.)